



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Serviço Social, Relações de Exploração/Opressão de Gênero, Raça/Etnia, Sexualidades.

Sub-eixo: Ênfase em Raça e Etnia.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE COMUNIDADES QUILOMBOLAS DO GOIÁS: UMA QUESTÃO DE EQUIDADE RACIAL EM SAÚDE

Thalita Gabriela dos Anjos Vilanova¹
Gabriela Nascimento Ewerton²
Lucélia Luiz Pereira³

Resumo: O presente trabalho busca caracterizar a disponibilidade e utilização dos serviços de atenção primária à saúde em comunidades quilombolas do Goiás. A metodologia utilizada foi aplicação de questionários e revisão bibliográfica. Observou-se que as famílias possuem renda menor ou igual a um salário mínimo, dificuldades para acessar os serviços e escassez de ações de prevenção e educação em saúde.

Palavras-chave: Quilombo; Saúde; Racismo Institucional; Atenção Primária.

Abstract: The present study aims to characterize the availability and use of primary health care services in maroon (quilombola) communities in Goiás. The methodology used was the application of questionnaires and bibliographic review. It was observed that families have income less than or equal to a minimum wage, difficulties to access services, and a shortage of prevention and health education actions.

1. INTRODUÇÃO

A população negra brasileira ainda sofre com as consequências de uma história de marginalização, a partir do contexto de escravidão, onde as pessoas negras foram inferiorizadas e submetidas a diversas iniquidades, inclusive em relação ao acesso à saúde. Apesar da defesa de uma democracia racial no Brasil, existem diversos estudos, principalmente no campo da saúde, que mostram as desigualdades sofridas pela população negra, como o menor acesso ao pré-natal das mulheres negras.

Buscando dar visibilidade e voz a essa população a pesquisa objetivou: caracterizar a disponibilidade e utilização de serviços de atenção primária à saúde em três comunidades do Estado do Goiás pertencentes ao município de Posse e Iaciara e analisar a atuação das Equipes de Saúde da Família nas três comunidades estudadas. Tais comunidades quilombolas surgiram em meio à escravidão do povo negro como forma de resistência, sendo

¹ Estudante de Graduação, Universidade de Brasília. E-mail: thettyp@gmail.com.

² Estudante de Graduação, Universidade de Brasília. E-mail: thettyp@gmail.com.

³ Professor com formação em Serviço Social, Universidade de Brasília. E-mail: thettyp@gmail.com.

alvo de diversas lutas territoriais. Desta forma, uma de suas características é o isolamento geográfico.

Compreendendo o contexto histórico de formação das comunidades quilombolas que teve como consequência o difícil acesso aos seus territórios, a desigualdade racial é um fator de exclusão dessa população, nas dimensões sociais, econômicas e culturais, dificultando também acesso à atenção primária a saúde. Portanto, devido tanto a fatores históricos quanto à discriminação e preconceito, as comunidades quilombolas têm acesso diferenciado a bens e serviços, constituindo-se em elementos de desigualdades sociais e de saúde.

2. METODOLOGIA

O estudo foi realizado em Comunidades Quilombolas, certificadas e auto reconhecidas como remanescentes de Quilombos localizadas no Goiás, especificamente nos municípios de Iaciara e Posse a partir da aplicação de 95 questionários contendo questões relacionadas ao acesso das famílias à atenção primária à saúde. As comunidades estão distantes entre 6 e 20km das sedes dos municípios. A pesquisa contou ainda com revisão bibliográfica acerca das categorias chaves de investigação, como acesso à saúde, atenção primária, comunidades quilombolas, racismo institucional e equidade racial. O grupo responsável pela pesquisa, reunia-se semanalmente para preparação da ida à campo, bem como para discussão a partir do levantamento bibliográfico realizado.

Como preparação para a pesquisa de campo, as pesquisadoras participaram de treinamento da equipe com supervisão de campo e leitura prévia do manual do entrevistador compreendendo a necessidade de capacitação e domínio do questionário com foco na saúde na saúde das Comunidades quilombolas. O questionário continha questões sobre saúde, serviços públicos e infraestrutura, além de questões acerca das variáveis demográficas e socioeconômicas, permitindo maior noção sobre a disponibilidade e sobre utilização dos serviços de atenção primária. Destaca-se que a coleta de dados foi realizada em 2018 com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

3. Referencial bibliográfico

A relação entre população quilombola e saúde vem sendo construída historicamente com base na formação do Brasil e na escravidão do povo negro africano, dando início a uma nação racializada onde se fez nítida a desigualdade social e racial do povo escravizado. O processo de escravidão no Brasil durou mais de 300 anos, reforçado por Portugal e outros países europeus com o apoio da própria Igreja Católica que fortalecia o regime escravocrata.

Este processo culminou na vinda forçada de uma população africana constituída de diferentes povos e culturas, que, ao ser escravizada, sofre um processo de desumanização e animalização.

Apesar da Lei Áurea de 1888, que legalmente garantia a abolição da escravidão no Brasil, os negros ex-escravizados não foram incorporados à sociedade como cidadãos e trabalhadores assalariados. Dentro do novo modelo de sociedade que se instaurou, eles permaneceram num cenário de marginalização e apagamento. Esse cenário foi sustentado com a ideia introjetada sistemicamente de que o povo negro era inferior à população branca em todas as esferas da sociedade. Isso está na gênese do racismo, como nos diz Moore (2007) [...] é o racismo que gera os piores e mais violentos preconceitos. Dentre eles, o mais profundo e abrangente é a noção da inferioridade e superioridade racial inata entre os seres humanos.” (p. 280).

A autora Dove (1998) discute sobre essa ideia sistêmica de inferioridade da raça.

“Capacidade de conquistar o mundo e aniquilar centenas de milhões de seres humanos e, em seguida, justificar essa conquista com a noção de que alguns membros da humanidade são inferiores e, portanto, dispensáveis requer uma orientação cultural particular, que foi bastante fora da experiência e prática da África matriarcal.” (DOVE, 1998, p. 13)

O racismo é estruturante na sociedade brasileira, construído historicamente, baseia-se nos processos de dominação de terras, fundamentado na noção de inferioridade racial da população negra, que perpassa as mais diversas culturas devido ao seu caráter histórico e ideológico. De acordo com Moore “O racismo retira a sensibilidade dos seres humanos para perceber o sofrimento alheio, conduzindo-os inevitavelmente à sua trivialização e banalização” (MOORE, 2009, p.23). O estado brasileiro adotou políticas buscando garantir o embranquecimento da população, com políticas de imigração que facilitaram a vinda de imigrantes europeus para o Brasil, fortalecendo a miscigenação e também a marginalização das pessoas negras no mercado de trabalho, já que eram esses imigrantes que ocupavam os cargos de empregos existentes. (MOURA, 1988).

[...] o embranquecimento defendeu a ideia de integração a partir da miscigenação, processo que levaria a extinção dos negros, que gradativamente se tornariam mestiços e haveria mais possibilidade de ascensão social.” (PEREIRA, 2016, p. 41)

O mito da democracia racial reforça o processo de embranquecimento da população, negando os problemas raciais e sociais herdados da escravidão onde o negro liberto poderia usufruir de direitos como cidadão brasileiro. Segundo Domingues (2001), “Do ponto de vista do discurso legal, cidadãos negros passariam a desfrutar de uma igualdade de direitos e oportunidades em relação aos brancos em todas as áreas da vida pública: educação, emprego, moradia, terra, saúde, lazer, etc.” (p.116). No entanto, não houve uma real

responsabilidade do estado na inserção da população negra na sociedade, não se pensou em políticas de inserção dos ex-escravizados, isolando-os do acesso aos serviços básicos.

O surgimento de comunidades quilombolas no Brasil tem uma relação direta com a resistência da população negra, sendo “sinônimos de transgressão à ordem escravista.” (GOMES, 2015, p.16).

“Os quilombos, a princípio comunidades autônomas de escravos fugitivos, converteram-se em importante opção de organização social da população negra e espaço de resgate de sua humanidade e cultura e fortalecimento da solidariedade e da democracia, onde negros se constituíram até hoje como sujeitos de sua própria história.” (BRASIL, 2007, p. 17)

Existe uma ideia de homogeneização do que seria quilombo, baseado na associação com as lutas de resistência dos negros que iam contra o sistema escravocrata. Segundo Gomes (2015), também há uma suposta ideia de que os quilombos eram isolados e autossuficientes, mas existem registros que mostram uma interação entre os quilombos e escravizados das senzalas, para trocas econômicas e também para buscar refúgio nas situações de ataque ou invasão pelos fazendeiros.

Essas comunidades lutam pela garantia do acesso às políticas públicas, enfrentando diariamente os estigmas e discriminações que essa parcela da população negra traz em sua história, provocando muitas vezes sua autonegação, como Gomes (2015) traz “O invisível passaria a ser isolado e depois estigmatizado. Populações negras rurais - isoladas pela falta de comunicação, transporte, educação, saúde e políticas públicas e outras formas de cidadania foram estigmatizadas, a ponto de seus moradores recusarem a denominação de quilombolas ou ex-escravos” (p. 123).

4. POLÍTICAS PARA COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Abordar a questão da população quilombola na perspectiva do acesso à saúde é falar da desigualdade social e racial, do apagamento da história desse povo e da negação de direitos a eles. É também lembrar os processos históricos da inserção dessa população na sociedade com uma vastidão de lutas. As políticas públicas contribuem na garantia dos direitos sociais, inclusive das populações quilombolas. Mais especificamente em relação à área de saúde, duas políticas nacionais tiveram uma grande importância política e social: a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN (BRASIL, 2007) e a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta – PNSIPCF (BRASIL, 2013). Para os quilombolas, as suas singularidades são apresentadas de forma mais objetiva na PNSIPCF, pois a sua realidade se aproxima dos outros povos que compõem essa política. Porém, a PNSIPN, também apresenta pontos relacionados diretamente aos quilombolas, tendo entre seus objetivos, a garantia e ampliação do acesso das populações

quilombolas aos serviços de saúde, com uma articulação com outras políticas de saúde que abordam outras questões pertinentes à população negra. (BRASIL, 2007)

Em relação às políticas públicas voltadas para os negros é necessário tanto políticas que tenham caráter universal, quanto também a criação e implementação de políticas afirmativas que contemplem as demandas e especificidades das comunidades quilombolas. É importante destacar que políticas de âmbito social, ditas políticas sociais, são aquelas associadas às lutas do movimento negro e que visam minimizar as desigualdades sociais existentes entre brancos e negros. Como é destacado por Pereira (2016):

“A ideia de que as políticas públicas devem ser instrumentos de correção de desigualdades e distribuição de renda decorre das lutas sociais do final do século XIX, e foi consolidada com a instituição das políticas sociais. As políticas sociais têm a função de distribuir renda, reduzir desigualdades e corrigir efeitos negativos das políticas econômicas. Por isso, tem sido defendida por muitos a ideia de que as políticas sociais devem ser públicas e universais, ou seja, deve-se garantir o acesso igualitário a serviços públicos de qualidade, independente de sexo, raça ou classe social, sendo esta uma forma de reduzir desigualdades sociais.” (PEREIRA, 2016, p.53)

5. RACISMO INSTITUCIONAL E ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Para compreender o acesso dessa população à saúde, é necessário conceituar o que é acesso. Segundo Travassos e Martins (2004), esse conceito tem relação com a oferta dos serviços de saúde, a utilização desses serviços e também com a questão geográfica, ou seja, distância, tempo e custo do deslocamento até o serviço de saúde. Vinculado à atenção primária, esse acesso à saúde tem como suas principais atribuições:

“[...] ações de prevenção e promoção da saúde, localizando sua atuação na fase inicial do cuidado, antecedendo níveis de atenção mais complexos e especializados. O objetivo é prevenir os problemas de saúde, bem como promover a saúde da população.” (PEREIRA, 2016, p. 23).

Como Freitas et al (2012) apresentam, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) trouxe também os programas de Saúde da Família (PSF) e o de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Essas políticas têm como prioridade ações da saúde que “sejam voltadas para o território, de forma continuada e integral, com base no vínculo dos usuários à equipe de saúde e na longitudinalidade do cuidado.” (p.56). Isso também é considerado um direito na PNSIPCF, conforme é visto:

“Ampliação da Atenção Básica: garantir o acesso da população aos serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada.” (BRASIL, 2013, p. 33)

Outro direito que está associado ao acesso à saúde dos quilombolas é garantia de um serviço humanizado e qualificado, com o respeito e valorização dos saberes e práticas tradicionais. (BRASIL, 2013). Por fim, para identificar a ineficiência dessas políticas é indispensável compreender o que é o racismo institucional que ocorre dentro da área da

saúde. Racismo institucional significa o acesso reduzido a políticas de qualidade, um menor acesso à informação e também uma limitada participação nos espaços de controle social, como os Conselhos de Saúde. (WERNECK, 2016).

Na própria Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, o racismo institucional é visto como determinante social para a intensificação das iniquidades na saúde, na medida em que “coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pela ação das instituições e organizações”. (BRASIL, 2007, p. 30). Vale lembrar que a desigualdade racial, consequência de mais de 300 anos de escravidão serviu como base para os vários obstáculos na atenção à saúde das comunidades quilombolas, sendo também necessárias a instrumentalização e capacitação dos profissionais de saúde.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram aplicados 95 questionários com famílias quilombolas, sendo 42 famílias do município de Posse e 53 famílias do município de Jaciara. A partir dos dados coletados foi possível compreender a relação e os fatores que dificultam as populações quilombolas o acesso à atenção primária.

Foi possível identificar que as longas distâncias percorridas pelas famílias quilombolas e a escassez dos meios de locomoção impossibilitam o acesso à saúde de forma regular. Uma das comunidades analisadas fica muito distante do centro urbano, cerca de 20 km de distância até a sede da cidade de Posse, acarretando maior distanciamento dessa população à atenção primária de saúde, enquanto a segunda comunidade chega a 6 km de distância e a terceira fica cerca de 12 km de distância do município.

Foi observado também o fato de haver grande escassez de transporte para locomoção e também ausência de recursos financeiros por parte da população quilombola para pagar os meios de transporte existentes. As pessoas relatam que muitas vezes têm que realizar o trajeto a pé ou por meio de caronas de pessoas da vizinhança, casos mais recorrentes em duas comunidades, por se localizarem relativamente mais próximas ao centro de Jaciara. Compreendendo os determinantes sociais que limitam ou negam o acesso ao serviço de saúde dessas pessoas segundo dados importantes, como a autodeterminação das pessoas dessas comunidades em relação à sua cor de pele e também à sua estimativa de renda.

Gráfico 01: Caracterização da Estimativa de Renda por pessoa



Comunidade 1 Comunidade 2 Comunidade 3

Fonte: Elaboração própria, 2019.

Os dados apresentados se relacionam com a história de exclusão e desigualdades em que vivem as comunidades quilombolas, na medida em que a pesquisa aponta que entre 2,6% e 20,5% das famílias recebem acima de um salário mínimo. Essa desigualdade de renda amplia ainda mais, as dificuldades de acesso às unidades de saúde, que se encontram distantes das comunidades. Soma-se a isso a falta de acesso a bens, produtos e serviços que deveriam ser ofertados pelo Estado, mas que não são, como por exemplo a realização de exames, distribuição de medicamentos e outras necessidades. A renda obtida pela população quilombola é decorrente do exercício de trabalhos que envolvem desgaste físico e emocional e baixa remuneração, como biscateiros ou trabalhadores autônomos, realizados nas fazendas próximas, ocasionando doenças, e não oferecendo acesso aos tratamentos necessários.

No que diz respeito à ação das equipes de Saúde da Família, nas três comunidades, existe basicamente a atuação de agentes comunitários de saúde, responsáveis pela distribuição de medicamentos, orientação e observação da qualidade de vida das famílias, visando aproximação dessa população com a atenção primária. Compreendendo as limitações territoriais e de locomoção tanto da população quanto dos agentes comunitários, as visitas domiciliares são limitadas e pouco frequentes.

Tabela 1: Caracterização das estratégias de atenção à saúde utilizadas pelas famílias.

Tipos de serviços	Comunidade 1	Comunidade 2	Comunidade 3
Serviço Público	79,5%	80,8%	100%
Serviço Particular	0%	11,5%	0%

Rezadeira	0%	3,8%	0%
Trata em casa	5,1%	0%	0%
Nunca precisou	2,6%	0%	0%
Vai na farmácia	7,7%	3,8%	0%

Fonte: Elaboração própria, 2019.

Com base nos dados obtidos sobre os tipos de serviços de saúde utilizados pelas famílias quilombolas, foi possível identificar que o Sistema Único de Saúde (SUS) é o mais procurado, conforme descrito na Tabela 1. O olhar biomédico foi imposto às comunidades, fazendo com que as práticas tradicionais de tratamentos, vinculados aos saberes populares, como plantio de ervas, tenha sido reduzido e substituído por medicamentos manipulados e de distribuição em postos de saúde. Por isso, 3,8% das famílias de uma das comunidades estudadas, faz uso de prática tradicional do benzimento realizado pelas rezadeiras das comunidades.

Tabela 2: Cor/Raça das entrevistadas por comunidade quilombola.

Cor da pele	Comunidade 1	Comunidade 2	Comunidade 3
Branca	7,4%	9,8%	0%
Preta	10,1%	30,1%	35,1%
Parda (morena)	81,4%	58,6%	63,5%
Amarela	1,1%	1,5%	1,4%

Fonte: Elaboração própria, 2019.

A cor da pele das entrevistadas nos domicílios quilombolas carrega na sua história a ancestralidade de seus antepassados. As variáveis apontam que por meio da auto identificação a maioria das entrevistadas das três comunidades, se consideram pardas, parcela alta se comparada com a identificação com a cor da pele preta.

Outros dados que merecem destaque estão relacionados ao saneamento básico e ao deslocamento para as unidades de saúde nos centros dos municípios. Em uma das

comunidades, a situação do acesso à água é um ponto preocupante, dado que a água para o consumo vem em caminhão pipa, e por conta da incerteza ou até mesmo insuficiência, as pessoas da comunidade bebem a água insalubre dos poços artesanais, resultando em agravamentos à saúde. Em relação às outras duas comunidades, estão um pouco mais próximas da sede do município, mas ainda assim também vivenciam a ausência de saneamento básico.

Considerando os dados expostos, outra questão relevante que afeta essa parcela da população é a falta de informação em relação à saúde. Para se utilizar e acessar os serviços de saúde é necessário que os usuários tenham o conhecimento da sua existência e também da importância dos serviços prestados. Portanto, torna-se necessário que o acesso à informação seja garantido a essas comunidades para que as mesmas saibam quais serviços devem ser ofertados. Com acesso à informação, caso os serviços não sejam disponibilizados, as comunidades podem se mobilizar e cobrar do Estado a implementação de ações de melhoria nos serviços de saúde. No caso de uma das comunidades, apesar de ter agente comunitária de saúde, sua atuação é muito limitada, em função da falta de materiais e condições de trabalho. Além disso, apesar das recomendações normativas do PSF, a ACS não era da comunidade.

7. CONCLUSÃO

Faz-se necessário a ampliação de produções teóricas/bibliográficas acerca das condições de saúde em comunidades quilombolas bem como do acesso e utilização dos serviços de saúde, tendo em vista a reduzida produção voltada à temática, fato que pode estar relacionado ao mito da democracia racial, bem como à naturalização das desigualdades raciais e invisibilidade desta população.

A pesquisa mostrou os limites de acesso e oferta de serviços de saúde nas comunidades quilombolas, localizadas no meio rural. Geralmente, as comunidades quilombolas enfrentam diversas dificuldades para acessar e utilizar os serviços de atenção primária à saúde, havendo diversas demandas para a conquista de serviços de qualidade que garantam a equidade defendida pelas políticas de saúde.

Diversos fatores contribuem para o acesso limitado das famílias quilombolas aos serviços de saúde. Dentre eles destaca-se: a reduzida infraestrutura das comunidades; a falta de meios de transporte; a distância territorial das cidades mais próximas bem como da sede dos municípios; a falta de recursos financeiros das famílias; a carência de oferta de serviços públicos básicos nas comunidades; a ausência de profissionais para compor as equipes de saúde da família nos municípios e o reduzido conhecimento dos profissionais de saúde sobre as especificidades das demandas das comunidades quilombolas. Tais fatores vulnerabilizam

as famílias quilombolas e criam obstáculos para vincular-se aos serviços de saúde existentes nos municípios, acarretando menor participação nas ações de prevenção e promoção da saúde.

Além disso, o racismo institucional também se constitui em elemento que pode causar não só problemas para a oferta dos serviços, mas também para a sua utilização, tendo em vista a possibilidade de tratamento diferenciado. Portanto, deve ser considerado um determinante social dos processos de saúde e doença, e um obstáculo à equidade racial nos serviços de saúde existentes e ofertados nas comunidades quilombolas. É importante garantir uma rede de atenção à saúde com qualidade, incluindo equipes de saúde preparadas para lidar com as demandas das comunidades quilombolas, permitindo o fortalecimento de vínculo entre usuário e profissional, bem como das famílias quilombolas com os serviços de saúde.

8. REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília/DF, 2013.

_____. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília/DF, , 2007.

DOMINGUES, Petrônio. O mito da democracia racial e a mestiçagem no Brasil (1889–1930). **Revista científica de América Latina y el Caribe**, España e Portugal. Diálogos Latinoamericanos, número 010. Universidade de Aarhus. 2005. P. 116-13.

DOVE, Nah. Mulherisma Africana: uma teoria afrocêntrica. **Jornal de Estudos Negros**, v. 28, n. 5, p.515-539 maio de 1998.

FREITAS, Lisane Nery, et al. Desafios da atenção básica frente às iniquidades em saúde. **Revista Opinião Filosófica**, Porto Alegre, v. 3, n. 1, 2012.

GOMES, Flávio dos Santos. **Mocambos e quilombos**: uma história do campesinato negro no Brasil. São Paulo: Claro Enigma, 2015.

MOURA, Clóvis. **Os estudos sobre o negro como reflexo da sociedade brasileira e Miscigenação e democracia racial**: mito e realidade. “Sociologia do Negro Brasileiro”. São Paulo: Editora Ática, 1988 (p. 17-33 e p. 61-108).

MOORE, Carlos. **Racismo e sociedade**: novas bases epistemológicas para entender o racismo. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2007.

PEREIRA, Lucélia Luiz. **Repercussões do programa Mais Médicos em comunidades rurais e quilombolas**. Tese (Doutorado)-Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília/DF, 2016.

TRAVASSOS, Claudia, MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2: S190-S198, 2004.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 25, n.3, p. 535-549, 2016.